



PET/CT-Anmeldung

Fax: 0941 944-7502

Patient (Adresse und Telefonnummer):

Geburtsdatum: _____. _____. _____
mobil / bettlägerig – geschäftsfähig / betreut
Zuweiser (Adresse und Telefonnummer):

Diagnose/Therapieverlauf:

Fragestellung:

Kostenträger / Krankenversicherung:

- Privat / Private Zusatzversicherung
- AOK
- Ersatzkasse, welche: _____

Achtung: Bei Ersatzkassen Kostenzusage nötig
(„Erstattung des teilstationären Tagessatzes für
Bereich Nuklearmedizin, Entgelt TTS18_RNU“)

- OP: _____
- Chemotherapie: _____
- Immuntherapie: _____
- Hormontherapie: _____
- Bestrahlung: _____

Tumorboard empfiehlt PET/CT: ja / nein

Angeforderte PET/CT-Untersuchung:

FDG (Tumor, Entzündung, Herzvitalität, Demenz, Bewegungsstörung) **NÜCHTERN!**
Diab. mell.: nein / ja, wenn ja, Nüchtern-Glukose: _____ mg/dl und Insulin-Bedarf _____ E/Tag

PSMA (Prostata-Ca)

Operation: ja / nein Radiatio: ja / nein
PSA (2 mal >0,2 ng/ml): _____ PSA (2 mal > 2,0 ng/ml + Nadir): _____
Falls PSA>10 ng/ml: zuerst Skelett-Szintigr. + Becken-MRT: ja / nicht wegen _____

DOTA-NOC / NOTA-OC (Somatostatin-Rezeptoren: Neuroendokrine Tumoren, Menigeom)
Letzte Gabe von Somatostatin-Analoga: _____

Fluorcholin (Nebenschilddrüse): Parathormon: _____ pg/ml Kalzium: _____ mmol/l

FET (Hirntumor) **Pentixafor** (Plasmozytom) **Amyloid-Tracer** (Demenz)

Gewünschte CT bei PET/CT:

Wann war letzte CT? _____

Volldosis-CT mit i.v.-Kontrastmittel:

KM-Allergie: ja / nein / unbekannt
Metformin: ja / nein

Niedrigdosis-CT

Körperbereich bei letzter CT? _____

TSH* _____ Kreatinin*: _____

(*: max. 3 Wochen alt, müssen morgens vorliegen!)
Rechtfertigung für KM-Gabe: _____

(Ab hier nur von Nuklearmedizin UKR auszufüllen)

Wegen G-BA-Vorgabe zuerst Skelettszintigraphie und Becken-MRT

G-BA-Indikation

Keine GKV-Leistung

Vor Terminvergabe Kostenzusage der GKV nötig für
„Erstattung des teilstationären Tagessatzes für
Bereich Nuklearmedizin, Entgelt TTS18_RNU“